

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THÈSE

N°

175

pour le DOCTORAT de l'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Ladislav KLEIN

Né le 15 Décembre 1912 à Ujfelierte (Hongrie)

Contribution à l'Étude
des
Hémorragies Méningées
Récidivantes

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

—
1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

N°

THÈSE

pour le DOCTORAT de l'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Ladislav KLEIN

Né le 15 Décembre 1912 à Ujfelierte (Hongrie)

Contribution à l'Étude des Hémorragies Méningées Récidivantes

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

—
1940

LE DOYEN M. TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale

Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique Médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique de cardiologie
 Clinique de neuro-chirurgie
 Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIÈRE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRÉ.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 PASTEUR-VALLÉRY-
 RADOT.
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 AUBERTIN.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LÉVY-VALENSI.
 Henri BÉNARD.
 CHIRAY.
 ABRAMI.
 FIESSINGER.
 LOEPER.
 RATHERY.
 LEREBoullet.
 NOBÉCOURT.
 LAIGNEL-LAVASTINE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNÉO.
 GOSSET.
 GRÉGOIRE.
 LENORMANT.
 VELTER.
 CHEVASSU.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 LÉVY-SOLAL.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE.
 HARVIER.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 Maurice VILLARET.
 TROISIER.
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 Clovis VINCENT.
 N...
 HAZARD.
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIÉ.
 VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BEZANÇON (J.). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULANGER Chimie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROUET Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 GORDIER Anatomie.

MM.
 COSTE Pathologie médicale.
 COUVELAIRE
 (Roger) Urologie.
 DEJARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREZ (H.).. Physique.
 DESOILLE Médecine légale.
 DIGONNET Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite)

MM.	
GARCIN	Pathologie médicale.
M ^{lle} GAUTHIER- VILLARS ...	Anatomie pathologique.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ..	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOL..	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
M ^{lle} J. LÉVY..	Pathologie médicale.
LENÈGRE	Pharmacologie.

MM.	
MARCHAL ...	Pathologie chirurgicale.
MÈNÉGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ..	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAIL- LIS	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÈNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER.	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ..	Obstétrique.
NEVEU- LEMAIRE ..	Parasitologie.
VAUDESCAL .	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.
BRULÉ.	
CATHALA	
CHABROL.	
CHEVALLIER	
GASTINEL	
DONZELOT.	
DUVOIR.	
HUGUENIN	
LAROCHE (G.).	
LIAN.	
MOREAU	
PIÉDELIEVRE.	
SÉZARY.	

MM.	
BASSET.	} Clinique chirurgicale.
BROCQ.	
CADENAT.	
GATELLIER.	
DE GAUDART	
D'ALLAINES.	
MOULONGUET.	
QUÉNU.	
MOURE.	

MM.	
ECALLE.	} Clinique obstétricale.
METZGER.	
VIGNE.	
PORTES.	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

*En témoignage de ma profonde
affection.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN COMMANDANT FERNAND LEVY

Médecin-chef du centre Neuro-Psychiatrique du Mans
Chevalier de la Légion d'Honneur

*En reconnaissance de l'honneur
qu'il nous a fait en nous agréant dans
son service neuro-psychiatrique.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR G.-L. HALLEY

Ancien Chef de Clinique Médicale Infantile
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin Capitaine au Centre Neuro Psychiatrique du Mans
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a aidé dans la documen-
tation de cette thèse, en témoignage
de respectueuse reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur de Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu accepter la prési-
dence de cette thèse. Qu'il trouve ici
l'expression de notre reconnaissance
et de notre profond respect.*

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES
A LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A MES MAITRES
A L'ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DE TOURS

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ HEDOUIN
Médecin des Hôpitaux psychiatriques

Témoignage de notre fidèle reconnaissance.

AVANT-PROPOS

On a l'habitude de considérer l'hémorragie méningée médicale, spontanée, comme un accident grave mais généralement isolé, et qui se termine, soit par la mort du malade, soit par la guérison définitive des lésions.

C'est plus spécialement à l'étude des *Hémorragies méningées sous-arachnoïdiennes récidivantes* que nous voudrions consacrer ce travail. Rappelons tout d'abord quelles sont les différentes formes anatomo-cliniques des hémorragies méningées. Celles-ci peuvent être :

EXTRA-DURALES :

C'est le cas de certains traumatismes du crâne, lésant l'artère méningée moyenne, par exemple les fractures de la table interne.

SOUS-DURALES :

Ces hémorragies méningées peuvent s'observer chez les nourrissons atteints de pachyméningite, habituellement syphilitique. On les rencontre égale-

ment chez l'adulte après la cinquantaine ; ici, la pachyméningite hémorragique est l'apanage des alcooliques, des saturnins et des syphilitiques hypertendus, dont les vaisseaux néo-formés saignent au moment des poussées inflammatoires.

Dans l'un et l'autre de ces cas, la ponction lombaire ramène un liquide qui ne contient pas de sang ou dont la teinte est tout au plus xanthochromique par transsudation de pigments sanguins.

SOUS-ARACHNOIDIENNES :

Les hémorragies méningées de cette catégorie sont les plus fréquentes, les plus faciles à mettre en évidence. Le liquide de ponction est alors plus ou moins teinté de sang et le diagnostic est immédiatement posé.

Dans un premier groupe, nous pouvons ranger certaines formes de méningites avec présence de sang dans le liquide céphalo-rachidien. Rare dans les autres méningites, l'hémorragie méningée se rencontre avec une fréquence relative dans la méningite tuberculeuse. L'association des signes de laboratoire de la pie-mérite bacillaire avec ceux de l'hémorragie méningée, constitue une formule panachée dont la valeur est grande. L'encéphalite qui complique parfois les fièvres éruptives, la névraxite épidémique peut s'accompagner d'une réaction méningée hémorragique.

Les maladies du sang et des organes hématopoiétiques à tendance hémorragipare, telles que le purpura, l'hémogénie et plus exceptionnellement l'hémophilie, se manifestent parfois par des hémorragies méningées. Il en est de même dans l'alcoolisme, la goutte, la néphrite chronique hypertensive.

Enfin, certains traumatismes indirects tels que les déflagrations d'explosifs à distance, les changements brusques de la pression atmosphérique, le froid excessif, sont des agents physiques qui donnent lieu à des hémorragies des espaces sous-arachnoïdiens.

La plupart des observations relatant des hémorragies méningées, font presque toujours allusion à un accident isolé, soit que le malade ait succombé, soit que cet accident n'ait plus récidivé, soit que le malade ait été perdu de vue.

La notion de l'hémorragie méningée susceptible d'apparaître à plusieurs reprises chez un même sujet, à intervalles plus ou moins rapprochés, est d'acquisition relativement récente. Elle suppose une fragilité spéciale des vaisseaux sous-arachnoïdiens et pie-mériens, une hypertension permanente ou des poussées congestives qui facilitent les hémorragies, ou encore l'existence d'anomalies vasculaires locales.

HISTORIQUE

Dès 1910, FOLLET et CHEVREL, en étudiant les hémorragies sous-arachnoïdiennes spontanées, observées chez les jeunes gens, laissaient entrevoir, à la fois, leur curabilité habituelle et la possibilité de leur réapparition.

En 1912, BABINSKI et JUMENTIE, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris; LAURENTIER, en 1925, communiquent des observations d'hémorragies méningées à rechutes et invoquent la syphilis comme cause fréquente des lésions vasculaires responsables des accidents.

Le professeur VAQUEZ a décrit sous le nom imagé « d'épistaxis méningées » les hémorragies sous-arachnoïdiennes observées chez les adultes hypertendus, atteints de néphrite chronique hypertensive.

LECHELLE et ALAJOUANINE, CORDIER, LÉVY, NOVE-JOSSERAND, ont rapporté de très belles observations d'hémorragies méningées récidivantes à quelques mois ou à quelques années d'intervalle, coïncidant d'après ces auteurs avec des poussées successives d'encéphalite épidémique.

En 1927, H. SCHAEFFER rapporte le cas d'une jeune fille de vingt ans qui, à dix mois de distance, fait deux hémorragies méningées spontanées et curables, avec réaction de Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien. Rapprochant les faits qu'il a observés de ceux rapportés antérieurement par FOLLET et CHEVREL, SCHAEFFER explique leur plus grande fréquence dans le sexe féminin et leur coïncidence avec la période menstruelle, phase permettant de faire le diagnostic, et ajoute que la syphilis héréditaire est capable de réaliser un terrain favorable à la production de petites hémorragies capillaires ou veineuses des espaces sous-arachnoïdiens. Il conclut en disant que cette étiologie ne saurait à elle seule, être invoquée dans tous les cas.

Dans un autre groupe, il faut classer certains faits d'hémorragies méningées spontanées, curables, récidivantes dont l'étiologie reste obscure, et dont l'origine syphilitique ne peut être invoquée.

Enfin, les angiomes artériels du cerveau constituent un dernier groupe d'affections pouvant se traduire objectivement par des hémorragies méningées.

Leur étude n'a été commencée qu'assez récemment en France par Clovis VINCENT. A l'étranger, cependant, CUSHING et BAILEY, OLIVECRONA et TONNIS, notent explicitement dans leurs livres classiques, les hémorragies subarachnoïdiennes parmi les manifestations

des angiomes cérébraux. Dans une thèse récente, BESSIL (Paris, 1939) fait l'historique de la question.

Il y a encore d'autres hémorragies méningées récidivantes de type peu connu en France, liées à la présence de petits anévrysmes de l'hexagone de Willis, considérés comme congénitaux dans les pays anglos-saxons et que l'artériographie peut mettre en évidence.

SYMPTOMATOLOGIE

Aux formes cliniques d'hémorragies méningées que nous venons de passer en revue et qui méritent d'être groupées par un caractère commun : *la répétition des accidents à intervalles plus ou moins éloignés*, il convient de reconnaître une symptomatologie commune à toutes les hémorragies méningées et une série de symptômes accessoires qui permettrait parfois de mettre sur la voie du véritable diagnostic étiologique.

Symptômes communs à toutes les hémorragies méningées :

Ces signes relèvent de l'irritation du système nerveux par le sang épanché dans les espaces sous-arachnoïdiens ; il augmente la pression du liquide céphalo-rachidien et comprime le névraxe de façon plus ou moins étendue. Nous n'insisterons pas sur l'aspect classique de ces hémorragies qui échappe à notre modeste étude.

Rappelons que ces signes communs à toute hémorragie méningée, ne permettent guère de faire un diagnostic étiologique. Ils ne permettent pas non plus

de préjuger de la récurrence possible des accidents observés.

Une enquête sur les antécédents personnels ou héréditaires du malade, l'état de sa pression artérielle et de son appareil cardio-vasculaire, un examen neurologique complet, sont indispensables pour y parvenir.

Lorsqu'on se trouvera en présence d'un malade présentant une récurrence d'hémorragie méningée, on commencera donc par l'informer de l'âge qu'il avait lors de la première ou des premières constatations et des circonstances dans lesquelles l'hémorragie s'est produite.

Chez les jeunes sujets, il conviendra d'étudier, chez la femme, le rythme cataménial. On devra rechercher si les hémorragies sous-arachnoïdiennes constatées ne sont pas « supplémentaires » ou si, au contraire, l'hémorragie méningée précède ou remplace un écoulement menstruel.

Chez les garçons, la période pubertaire paraît avoir moins d'influence sur l'apparition des hémorragies méningées.

Lorsque celles-ci sont récidivantes et lorsqu'il s'agit d'un adulte, il faudra préciser si le malade est un alcoolique, un hypertendu, un syphilitique.

C'est donc après un examen complet de l'appareil cardio-vasculaire avec contrôle de tension artérielle, et après avoir recherché la réaction de B.-W. qu'on arrivera à préciser la nature des hémorragies sous-

arachnoïdiennes observées. Nous en arrivons maintenant aux angiomes artériels du cerveau.

Bien que ces angiomes soient sans doute congénitaux, souvent héréditaires d'après Cl. VINCENT et HARTMANN, il est rare qu'ils se manifestent avant trente ans. D'après DANDY, dans 40 % des cas, ils se montrent après quarante ans; sur les vingt-deux cas rapportés par OLIVECRONA et TONNIS, deux seulement ont apparu avant vingt ans.

Le sujet souffre de la tête depuis longtemps, a présenté une hémiplegie ou bien encore des crises jacksoniennes. Mais il peut arriver que des hémorragies récidivantes aient été la seule manifestation de la maladie.

D'après CUSHING et BAILEY, les signes caractéristiques sont : l'exophtalmie pulsatile, l'angiomatose des vaisseaux de la face et du cou, le souffle vasculaire systolique crânien qui est plus irrégulièrement observé. Mais, ces signes extérieurs ne sont pas constants, et pour dépister l'existence d'un angiome artériel du cerveau, le mieux est de recourir systématiquement à l'examen du fond d'œil, à la radiographie du crâne, et, mieux encore, à l'angiographie artérielle cérébrale.

L'angiographie cérébrale d'EGAS MONIZ sera faite en poussant 15 cm³ de ténébryl, par la carotide primitive entre les deux chefs d'insertion du sterno-cleido-mastoïdien.

La masse de l'angiome est formée sur le cliché de nuages opaques aux rayons X séparés par des parties claires. Dans ces nuages opaques on peut deviner de larges canaux vasculaires avec des branches tortueuses.

Les signes cliniques et radiologiques que nous venons d'énumérer permettent, dans certaines circonstances favorables et grâce aux progrès de la technique moderne, de déceler la présence d'angiomes cérébraux, autrefois inconnus. Mais il arrive que ces explorations soient muettes et que le diagnostic étiologique demeure en suspens.

Les examens de sang pourront rester normaux et, s'il n'existe aucune manifestation de purpura, on pourra éliminer toutes les dyscrasies sanguines actuellement connues. C'est alors qu'on se contentera, faute de mieux, de considérer ces hémorragies méningées spontanées, curables, récidivantes comme imputables à une fragilité spéciale des vaisseaux sous-arachnoïdiens, ou à des lésions d'arachnoïdite.

Cette classification d'attente n'a d'autre ambition que de grouper des cas encore mal connus et dont l'étiologie ne peut être précisée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

(H. SCHAEFFER, *Presse Médicale*, 18 mai 1927) :

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, ne présentant rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou personnels ; entrée le 18 janvier à l'hôpital Saint-Antoine, salle Marjolin Depuis quelques mois, elle souffrait de céphalée continue et fut prise, la veille, d'éblouissements et de vertiges avec perte de connaissance qui la firent transporter à l'hôpital.

Dans un état de somnolence et de torpeur qui n'exclut pas cependant une parfaite lucidité, la malade présente un syndrome méningé typique. La raideur de la nuque et du rachis avec Kernig accentué, s'exagèrent sous forme de véritables crises d'opisthotonos provoquées par l'examen, la photophobie, l'hyperesthésie cutanéomusculaire extrême, des troubles vaso-moteurs très marqués, la céphalée intense en constituant les principaux éléments.

Pupilles égales, en mydriase, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation ; les réflexes tendineux sont normaux. L'examen viscéral est négatif ; le pouls à 80, la température à 38°5. Les urines ne contiennent

ni sucre, ni albumine ; ajoutons qu'il s'agit d'une jeune fille bien constituée sans dystrophie apparente d'aucune sorte. La rachicentèse donne issue à un liquide hypertendu, 45 au manomètre de Claude, franchement et également sanglante dans tous les tubes, légèrement jaune après centrifugation. La réaction de Wassermann est franchement positive dans le liquide, négative dans le sang à deux examens successifs. Un traitement spécifique intensif par le novarsénol et le mercure est institué.

Le syndrome méningé s'atténue peu à peu, et une nouvelle rachicentèse pratiquée quelques jours après donne à nouveau un Wassermann positif.

Elle sort guérie de l'hôpital cinq semaines après son entrée, hormis quelques céphalées persistantes pour lesquelles elle revient se faire une série d'injections de novarsénol. Dix mois après, en novembre de la même année, la malade rentre de nouveau avec un syndrome méningé comparable au précédent, mais beaucoup plus fruste, survenu sans raison apparente, comme la première fois.

La ponction lombaire montre l'existence d'une hémorragie méningée moins abondante qu'en janvier. Le Wassermann est toujours négatif dans le sang et seulement partiellement positif dans le liquide. La malade guérit encore complètement et plus rapidement que la première fois. Nous ne l'avons pas revue depuis.

Ainsi donc, à six mois de distance, une jeune fille de vingt ans fait deux hémorragies méningées spontanées et curables. L'examen somatique ou neurologique de cette malade ne révèle aucun signe de syphilis ac-

quise ou héréditaire et cependant la positivité du Wassermann du liquide céphalo-rachidien plusieurs fois pratiqué, ne peut guère laisser de doute sur l'origine des accidents. De plus, en dehors des dénégations de la malade qui nie la possibilité de toute syphilis acquise, la discordance des réactions humores dans le sang et le liquide céphalo-rachidien constituent à notre sens chez une malade de cet âge un argument de grande valeur en faveur d'une infection héréditaire.

OBSERVATION II —

(communiquée obligeamment par le Docteur G. HALLEZ) :

B. B..., premier enfant, né le 18 février 1927, à terme, après une grossesse normale. Accouchement laborieux, position O. I. D. P. Forceps. L'enfant naît « étonné ». Grosse bosse séro-sanguine sans céphalhématome. Ranimé par frictions. Poids : 3 kg. 500. Deux jours après, ictère léger, banal, du nouveau-né, selles normales. On constate cependant une légère raideur de la nuque ; l'enfant crie fréquemment.

Le 21 février, la température centrale s'élève à 39°5, la raideur est plus marquée au niveau de la nuque, membres inférieurs en hyperflexion. Pouls à 86 (ce qui est peu pour cet âge et en regard de la température), l'enfant crie plus fréquemment encore.

Une ponction lombaire permet de recueillir un liquide xanthochromique légèrement cytologique qui montre qu'il existe, en outre, de nombreuses hématies et de la bilirubine ; pas de coagulation. Amélioration rapide des contractures et de l'agitation, la température redevient normale, l'enfant tette normalement.

Le 25 février, aucune séquelle d'hémorragie méningée appréciable cliniquement. Ictère presque disparu. Pas de ponction lombaire.

Croissance pondérale normale. Allaitement mixte.

A l'âge de deux mois, le nourrisson pèse 5 kg. 090. Allaitement mixte bien supporté ; examen absolument normal.

Pendant toute la première enfance, on ne constate aucune anomalie dans le développement du système nerveux ; pas de convulsions.

A un an, le jeune B... fait ses premiers pas, il marche correctement à treize mois, le réflexe cutané plantaire est en flexion des deux côtés à partir du dixième mois, les réflexes tendineux sont normaux. On note seulement un peu d'excitabilité quand on s'occupe trop de lui, le signe de Chvostek est positif à partir de la fin de la première année et persiste pendant plusieurs mois, malgré un traitement par le chlorure de calcium et le stérogyl.

A vingt mois, l'enfant est propre, nuit et jour.

A trente mois, il pèse 13 kgs 500 et a ses vingt dents.

Les tests de Binet et Simon permettent de conclure à un développement très normal de l'intelligence.

Jusqu'en décembre 1934, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de sept ans et dix mois, on ne constate absolument rien d'anormal du côté du système nerveux. L'enfant a subi à trois ans l'ablation de végétations adénoïdes.

(L'étude de la coagulation sanguine et du temps de saignement n'a rien décelé d'anormal. Dans les jours qui ont précédé l'intervention, la formule hémoleucocytaire est normale.)

Une otite moyenne suppurée, traitée par paracentèse, et rapidement guérie, en avril 1933, n'a pas été accompagnée de convulsions.

Sans aucun symptôme prémonitoire, au cours de la nuit du 9 au 10 décembre 1934, l'enfant est pris brusquement de vomissements, de maux de tête violents ; il existe de la contracture de la nuque, une hyperréflexivité tendineuse très nette des membres inférieurs, avec signe de Kernig. La température oscille pendant quelques jours, entre 37°4 et 38°5. Le pouls bat entre 68 et 72.

Une ponction lombaire pratiquée le 10 décembre donne les résultats suivants :

Liquide légèrement hypertendu, de couleur rosée, et uniformément coloré (épreuve des trois tubes), incolore après centrifugation. Pas de bacilles de Koch ; on ne constate, d'ailleurs, aucun microbe à l'examen direct. Des tubes de gélose et de bouillon ascite, ensemencés avec le liquide centrifugé, restent stériles après quarante-huit heures. Examen cytologique :

Dix-huit leucocytes par millimètre cube à la cellule de Nageotte paraissant ne pas provenir uniquement du sang. Polynucléaires, 60 p. 100 ; lymphocytes, 40 p. 100.

Nombreux globules rouges : 8.750 par millimètre cube à l'hématimètre de Hayem.

Albumine : 0,30 par litre.

Sucre : 0,85 par litre.

Globuline : réaction de Pandy négative. Réaction de Bordet-Wassermann négative.

Les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht sont négatives dans le sang.

Dans les urines, ni glucose, ni acétone, ni acide diabétique, mais présence d'albuminurie : 2 gr. 80 par litre.

Dans la nuit du 11 au 12 décembre, l'enfant est repris de céphalée violente lui arrachant des cris perçants ; il vomit à plusieurs reprises, puis s'endort épuisé.

Le 16 décembre, il s'éveille en appelant sa mère, les yeux révoltés, prononce des paroles incohérentes ; il a de l'incontinence des matières. Le pouls est à 68, la température à 37°5. Après quelques heures de somnolence, la situation s'améliore, le malade est plus calme, mais la raideur de la nuque est encore nette, le Kernig moins marqué.

Une deuxième ponction lombaire pratiquée cinq jours après la première permet de recueillir un liquide non hypertendu, légèrement xanthochromique, ne contenant plus que de très rares hématies.

Le professeur René Debré, qui examine le petit malade avec nous, confirme le diagnostic d'hémorragie méningée d'origine non infectieuse, et nous n'établissons qu'une relation de coïncidence avec l'hémorragie méningée de la naissance qui pouvait être d'origine obstétricale et provoquée par le travail laborieux et l'extraction au forceps.

Le huitième jour, après le début de ces accidents, l'enfant se lève, il ne présente plus aucun trouble apparent ; il est souple, marche correctement ; l'examen du système nerveux ne montre aucune séquelle de lésion nerveuse. Les réflexes, les mouvements volontaires, la sensibilité, la démarche sont normaux. L'albuminurie a disparu.

Jusqu'en août 1935, on ne constate absolument rien d'anormal ; à cette époque, l'enfant, étant en vacances au bord de la Méditerranée, est pris de céphalée, de vomissements, de fièvre éphémère à 39°, s'accompagnant de raideur de la nuque; les accidents durent trois jours environ et sont attribués par le médecin appelé près du malade, à une simple insolation. Pas de ponction lombaire.

La mère qui nous raconte l'histoire de cette indisposition après les vacances, ne peut s'empêcher de rapprocher les troubles constatés en août 1935 de ceux que nous avons observés en décembre 1934.

Quoi qu'il en soit, l'état général de l'enfant est excellent en octobre 1935. A huit ans et demi, il pèse 26 kg. 300 et mesure 1 m. 30. L'examen du système nerveux est normal. Du point de vue psychique, cependant, on note un peu d'excitation, surtout sur le soir, avec insomnies fréquentes ou cauchemars.

Le 10 novembre 1935, l'enfant a deux vomissements dans la nuit qui se répètent le lendemain, vomissements sans efforts. Température: 37°5. Un peu de raideur de la nuque, regard vague, somnolence, céphalée, léger délire. Les vomissements se répètent les jours suivants jusqu'à dix ou douze fois par jour ; ils sont plus fréquents le matin au réveil. La céphalée, persistante et violente, présente des paroxysmes. Il existe de petits épisodes confusionnels. On constate, dès le troisième jour, un torticolis avec inclinaison de la tête vers la droite ; toute tentative de redressement provoque des douleurs de tête plus violentes. Il s'agit d'une attitude antalgique, adoptée par ce malade. Nous pensons, dès

lors, à la possibilité d'une tumeur cérébrale et réclame un examen de fond d'œil.

Le 18 novembre, le docteur Lenoir ne constate, après dilatation atropinique, aucune modification du fond d'œil, en particulier, aucune lésion de la papille ou de la macula.

Champ visuel normal, chromatopsie normale. Acuité visuelle gauche normale; à droite, elle atteint environ 5/10, mais cette amblyopie est due à un fort astigmatisme myopique non corrigé.

Après quelques jours d'amélioration nette, l'enfant est repris de vomissements le matin du 29 novembre, au réveil, de torticolis, de vertiges et de troubles de la démarche; celle-ci est ébrieuse et le malade est nettement entraîné vers la droite. Par la station verticale, l'équilibre ne peut être conservé que les jambes écartées; pas de Romberg. Cette astasie-abasie cérébelleuse ne s'accompagne pas d'hypermétrie, il n'y a pas de tremblement intentionnel, pas d'adiadococinésie appréciable.

Devant ce syndrome d'hypertension intracrânienne avec quelques signes de la série cérébelleuse et malgré l'absence de stase papillaire, nous n'osons pas pratiquer de ponction lombaire, et nous demandons l'avis du professeur Clovis Vincent.

Le 3 décembre 1935, celui-ci voit l'enfant et constate, à ce moment, que le fond d'œil droit présente un œdème papillaire au début.

La céphalée et la raideur persistantes, les signes cérébelleux confirment l'impression d'une tumeur cérébrale de la fosse postérieure droite. On pratique une fois par

jour une injection intraveineuse de 4 cc. de sulfate de magnésie à 15 p. 100 et on donne un lavement de cette même substance, pendant quatre jours consécutifs.

Le 8 décembre, le syndrome d'hypertension est très amélioré, mais le professeur Clovis Vincent et l'ophtalmologiste observent de la stase papillaire des deux côtés, plus marquée à droite.

L'enfant, cependant, ne souffre plus et paraît revenir à l'état normal. Dans les jours suivants, on pratique une ventriculographie qui montre une dilatation du troisième ventricule, et une radiographie du crâne mettant en évidence une légère distension des sutures crâniennes.

Le 17 décembre 1934, la stase papillaire, les signes cliniques observés, les résultats de la ventriculographie et la radiographie du crâne, commandent l'intervention chirurgicale qui est pratiquée ce jour par le professeur Clovis Vincent et le docteur David.

Large craniectomie de la région occipitale pratiquée en position ventrale, sous anesthésie locale, bien supportée, sans incidents de chute de pression artérielle ni d'hémorragies. On découvre sur la convexité de l'hémisphère cérébelleux droit, immédiatement au-dessous du trou occipital, à un centimètre et demi environ du vermis, un foyer de méningite séreuse circonscrite, d'arachnitis kystique ayant à peu près les dimensions d'un demi-œuf de moineau et qui explique les accidents de blocage cérébro-spinal, les signes d'hypertension intracrânienne et le syndrome cérébelleux.

Suites opératoires assez normales, en dehors d'une hyperthermie passagère et d'une éruption scarlatini-

forme prurigineuse, provoquée par le gardénal administré à fortes doses.

Le malade est levé vers le dixième jour et présente, pendant quelque temps, un état vertigineux lorsqu'il change de position assez brusquement, et un peu de céphalée, avec sommeil nocturne assez troublé, alors qu'il repose mieux pendant la journée.

Le 8 février 1935, le jeune malade, qui sort depuis une quinzaine de jours, est examiné de nouveau par l'oculiste : champ visuel normal de chaque côté. Acuité visuelle normale à gauche, réduite à 3/10 du côté droit avec astigmatisme très accusé. L'examen du fond d'œil est presque normal ; il persiste cependant un peu de dilatation veineuse surtout à droite.

L'enfant qui a maintenant neuf ans, mesure 1 m. 35, pèse 38 kg. 700, se porte bien, ne souffre plus de la tête et dort bien. La démarche est normale, on ne constate plus aucun symptôme de la série cérébelleuse, aucun vertige, la souplesse du cou et du rachis est parfaite. Réflexes tendineux et cutanés normaux. Tonicité musculaire, motilité volontaire et sensibilité normales. Pouls oscillant entre 92 et 96. Tension artérielle au Vaquez-Laubry : 12 et 8. Ni glycosurie, ni albuminurie.

Malgré l'absence de spécificité clinique et sérologique (le père a d'ailleurs contracté un accident primitif depuis la naissance du malade et a contaminé sa femme), le professeur Vincent a prescrit un traitement d'une vingtaine de piqûres de cyanure de mercure qui sera repris à un intervalle de 6 mois.

Depuis cette époque, jusqu'en août 1938, aucun trouble nerveux n'est à signaler. En avril 1938, il est opéré d'appendicectomie par le docteur LEIBOVICI, à la suite d'une crise aiguë. L'appendice enlevé présente des

lésions manifestes d'inflammation prédominant au niveau de sa moitié distale, assez nombreux ganglions dans l'angle iléo-caecal. Suites opératoires normales.

Le 3 août 1938, le jeune B..., qui a onze ans, est repris de vertiges, de vomissements, avec céphalée et contraction de la nuque avec léger Kernig. Le docteur David qui voit le malade pendant notre absence, fait une ponction lombaire et constate de nouveau l'existence d'une hémorragie méningée : le liquide légèrement hypertendu, xanthochromique, mais contenant encore de nombreuses hématies dans le culot de centrifugation.

Traces d'albumine dans les urines.

Fin septembre 1938, nous voyons le malade : 38 kilogrammes, 1 m. 48, aucun séquelle du côté du système nerveux. Pas de céphalées. Examen du fond d'œil normal des deux côtés.

En février 1939, signes de puberté un peu précoce, à onze ans et demi, on constate un développement rapide des organes génitaux, une toison pubienne déjà importante. Instabilité nerveuse, avec émotivité, mais le sujet ne se plaint de rien et travaille avec facilité.

Le 8 avril 1939, à l'âge de douze ans et deux mois, nous assistons à une nouvelle hémorragie méningée, cette fois très importante. Pendant la nuit, l'enfant appelle sa mère, se plaint de violente céphalée, vomit et dit qu'il a l'impression qu'il « commence une nouvelle crise comme les précédentes ». Un quart d'heure plus tard, il est dans le coma. Appelé près du malade, nous pratiquons une ponction lombaire qui ramène un liquide hypertendu et très hémorragique. Le pouls est ralenti, aux environs de 60, et la température centrale est à 38°5. Albuminurie importante. Signe de Babinski net

des deux côtés. Réflexe de défense. Après quelques heures, le malade sort de son coma ; la céphalée persiste quelques jours encore ainsi que les vertiges, la contraction de la nuque et une hyper-réflexivité tendineuse des membres inférieurs (Anthéma et chlorure de calcium, repos absolu).

Une deuxième ponction lombaire faite huit jours après la première permet de recueillir un liquide xanthochromique contenant de rares hématies. L'albuminurie a disparu.

Le fond d'œil est normal. L'enfant se lève le quatorzième jour et reprend peu à peu sa vie normale.

Examiné un mois après ce dernier accident par le professeur Clovis VINCENT et par nous-même, il ne présente aucun symptôme appréciable de lésions cérébro-méningées.

En août 1930, le jeune B... paraissait toujours être en excellente santé.

CONCLUSIONS

1° L'hémorragie méningée, médicale, spontanée, ne constitue pas toujours un accident isolé, mais elle peut récidiver chez un même malade à intervalles plus ou moins rapprochés.

2° L'origine de ces hémorragies peut être mise en évidence dans certains cas; l'hypertension artérielle, la syphilis héréditaire ou acquise, des poussées évolutives de névrauxite épidémique, l'hémogénie sont parmi les causes habituellement invoquées.

3° Les angiomes artériels du cerveau, mieux connus depuis quelques années, se manifestent parfois par des hémorragies sous-arachnoïdiennes récidivantes, associées ou non à d'autres symptômes.

4° Dans une dernière catégorie d'attente, il faut ranger les hémorragies méningées, récidivantes des jeunes sujets, spontanées et curables qui apparaissent de préférence au moment de la puberté. Elles peuvent être en rapport avec une fragilité spéciale des vaisseaux arachnoïdiens, une arachnoïdite chronique, une méningite séreuse circonscrite.

VU : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

VU : *Le Président de Thèse,*
LAIGNEL-LAVASTINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBERT. — Les hémorragies méningées. Thèse, Paris, 1911-1912.
- BABINSKI et JUMENTIE. — *Bull. et Mém. de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 31 mai 1912.
- BESSIL. — Les hémorragies méningées à répétition dans les tumeurs vasculaires du cerveau et quelques considérations neurochirurgicales sur ces tumeurs. Thèse, Paris, 1939.
- CLAUDE (H.). — Maladies du système nerveux. Bibliothèque Carnot et Rathery, J.-B. Baillière et fils, édit., 1932, tome I, p. 249.
- CLOVIS-VINCENT, ELOUARD HARTMANN et RENÉ DELAITRE. — *Bull. et Mém. de la Société Médicale des Hôp. de Paris*, 3 juin 1938, p. 995. Les hémorragies méningées récidivantes dans les angiomes artériels du cerveau.
- FOLLET et CHEVREL. — Hémorragies sous-arachnoïdiennes spontanées chez les jeunes gens. Considérations pathogéniques. *Gazette des Hôpitaux*, 5 avril 1910, p. 547.
- GOLDFLAM. — Beitrag zur Ätiologie und Symptomatol. spontan. subarachnoid. Blutungen. *Deutsch. Zeitschr. für Nervenheilkunde*, 1923, t. LXXXVI, p. 158.
- HALLEZ (G.-L.). — Hémorragie méningée récidivante chez l'enfant *Paris Médical*, 18 novembre 1939, p. 275.
- LAURENTIER. — Syphilis et hémorragie méningée chez l'adulte. *Ann. de Derm. et Syphil.*, 1925, tome VI, p. 457.
- SCHAEFFER (H.). — Le rôle de la syphilis héréditaire dans l'étiologie des hémorragies méningées sous-arachnoïdiennes spontanées. *Presse Médicale*, 18 mai 1927, p. 40.
- WEIMBERG. — Beitrag zur Kenntniss der meningeal Blutungen. *Folia neuropathologica estoniana*, 1926, T. V., fasc. 2, p. 165.



